



DDOR-RS-PHI-41-0420

A decorative background pattern consisting of a grid of various grey geometric shapes, including pentagons, hexagons, and irregular polygons, arranged in a staggered, non-uniform fashion.

**POSEBNI USLOVI
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG
OSIGURANJA ZA
PAKETE HIRURŠKIH INTERVENCIJA,
ODNOSNO OPERACIJA**

U skladu sa čl. 177-180. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, broj 25/2019) i članom 50. stav 1. tačka 5. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, Izvršni odbor Akcionarskog društva za osiguranje “DDOR Novi Sad” Novi Sad, u postupku odlučivanja van sednice, elektronskim putem, dana 10.04.2020. godine, doneo je

POSEBNE USLOVE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA PAKETE HIRURŠKIH INTERVENCIJA, ODNOSNO OPERACIJA

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za pakete hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za pakete hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač zaključuje sa “DDOR- om Novi Sad” a.d.o. Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.
- (3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za pakete hirurških intervencija, odnosno operacija je vrsta dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se ugovara isplata ugovorene novčane naknade, kada nastupi osigurani slučaj koji je obuhvaćen osiguranjem prema ovim Posebnim uslovima. Međusobna prava i obaveze iz ugovora o osiguranju uređuju se Opštim uslovima, ovim Posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju - polisom osiguranja.
- (4) Po ovim Posebnim uslovima ugovor o osiguranju može se zaključiti za jedan ili više paketa hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: paket pokriva), u skladu sa tarifom premija osiguravača, samostalno ili u kombinaciji sa osiguranjem za slučaj težih bolesti prema Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti, po izboru ugovarača. Hirurške intervencije, odnosno operacije (u daljem tekstu: intervencije) koje su obuhvaćene pojedinim paketima pokriva navedene su u Tabeli hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: Tabela), koja čini sastavni deo tarife premija i svakog pojedinog ugovora o osiguranju.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati lica koja imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa propisima koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje, Opštim uslovima i ovim Posebnim uslovima.
- (2) Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz naplatu povećane premije.

POJAM OSIGURANOG SLUČAJA

Član 3.

- (1) Osiguranim slučajem u smislu ovih Posebnih uslova smatra se intervencija koja je nad osiguranikom izvedena u toku ugovorenog trajanja osiguranja, pod uslovom da je potreba za intervencijom nastala u toku trajanja osiguranja i da je obuhvaćena ugovorenim paketom pokrivača, koji je naveden u polisi.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

Član 4.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija može se zaključiti kao kolektivno ili individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Kolektivnim osiguranjem iz stava (1) ovog člana mogu se osigurati zaposleni, radno angažovana lica, članovi sindikata i dr.
- (3) Ugovor o kolektivnom osiguranju zaključuje se na osnovu jedinstvene ponude ugovarača sa osnovnim podacima o svakom licu koje se uključuje u osiguranje, prema evidenciji ugovarača, odnosno prema spisku osiguranih lica, koji čini sastavni deo ugovora-polise osiguranja.
- (4) Ako premiju za kolektivno osiguranje iz stava (1) ovog člana snosi osiguranik odnosno član, ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene saglasnosti osiguranika.
- (5) Osiguravač zadržava pravo da, zavisno od ugovorene osigurane sume po rizicima, pokrićima, broja zainteresovanih lica i drugih bitnih elemenata za ugovaranje osiguranja, zatraži pojedinačnu ponudu sa upitnikom o zdravstvenom stanju osiguranika.
- (6) Individualno osiguranje iz stava (1) ovog člana zaključuje se na osnovu pismene ponude, koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Sastavni deo ponude za individualno osiguranje čini upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika.
- (7) Kod individualnog osiguranja osiguravač može da zatraži dodatna objašnjenja i dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika i zaključenje osiguranja.
Ako ugovarač na zahtev osiguravača ne dostavi traženu dokumentaciju u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema poziva, smatraće se da je odustao od zaključenja ugovora o osiguranju.
- (8) Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i članovi porodice osiguranika, na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ugovarač-nosilac osiguranja za članove porodice je osiguranik – fizičko lice, odnosno zaposleni ili član sindikata, koji preuzima obavezu da za članove svoje porodice plaća premiju.
- (9) Članovima porodice osiguranika, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se supružnik i vanbračni partner, deca osiguranika rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad do završetka školovanja, a najkasnije do 26. godine života.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 5.

- (1) Ugovor o kolektivnom osiguranju može se zaključiti kratkoročno na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja, dugoročno ili višegodišnje.
Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati kraće i to:
 - 1) U slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period od 12 meseci od datuma početka osiguranja;
 - 2) Za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;

- 3) Za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
 - 4) Ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje lista pokrića.
- (2) Ugovor o individualnom osiguranju može se zaključiti kratkoročno, na trajanje od 12 meseci.
 - (3) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje od dvadesetčetvrtog časa dana koji je naveden u polisi osiguranja kao dan početka osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije osiguranja, a prestaje istekom poslednjeg dana roka koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.
 - (2) Kod kolektivnog osiguranja zaposlenih, odnosno članova prema evidenciji ugovarača, za lica koja se zaposle, odnosno učlane nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa onog dana od kojeg su u radnom odnosu, odnosno članovi ugovarača. Za zaposlene, odnosno članove kojima je prestao radni odnos, odnosno članstvo pre isteka tekuće godine osiguranja, osiguranje prestaje da važi u 24,00 časa dana kada im je prestao radni odnos, odnosno članstvo kod ugovarača.

PERIOD ČEKANJA (KARENCA)

Član 6.

- (1) Ugovor o osiguranju prema ovim Posebnim uslovima ugovara se sa periodom čekanja (karencom), u skladu sa članom 12 Opštih uslova.
- (2) Prema ovim Posebnim uslovima, osiguravajuće pokriće stupa na snagu:
 1. za intervencije koje su posledica bolesti – po isteku 90 dana od dana početka osiguranja;
 2. za pobačaj i intervencije u vezi trudnoće – nakon 90 dana od dana početka osiguranja, pod uslovom da je trudnoća započela posle početka osiguranja;
 3. za intervencije u vezi porođaja – nakon 300 dana od dana početka osiguranja.
- (3) Period čekanja (karenca) iz stava (2) ovog člana ne primenjuje se ukoliko je intervencija izvedena zbog nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

- (1) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku isplati ugovorenu novčanu naknadu nakon izvedene intervencije koja je obuhvaćena zaključenim ugovorom o osiguranju, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (2) Osiguravač isplaćuje novčanu naknadu u visini ugovorene osigurane sume, koja je navedena u polisi za ugovoreni paket pokrića u koji spada izvedena intervencija, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (3) Obaveze osiguravača utvrđuju se po polisi koja je važila na dan nastupanja osiguranog slučaja, odnosno na dan kada je nad osiguranikom izvedena intervencija koja je obuhvaćena zaključenim ugovorom o osiguranju.
- (4) Obaveze osiguravača za slučaj težih bolesti utvrđuju se prema Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti.

OGRANIČENJA I ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 8.

- (1) U toku godine trajanja osiguranja, za istu intervenciju naknada se može ostvariti samo jednom, izuzev intervencija na parnim organima (oči, uši, pluća, bubrezi, jajnici, testisi), koji se u smislu ovih Posebnih uslova smatraju kao zasebni organi.
- (2) Ako je u jednom hirurškom aktu učinjeno dve ili više intervencija, visina obaveze osiguravača se određuje na osnovu one intervencije za koju se prema ovim Posebnim uslovima isplaćuje najveći iznos naknade.
- (3) Ako se osiguranje zaključuje na osnovu pojedinačne ponude osiguranika, isključene su sve obaveze osiguravača po osnovu intervencije koja je posledica prećutane bolesti, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.
- (4) Isključene su sve obaveze osiguravača za slučajeve koji nastanu:
 1. usled zemljotresa;
 2. usled ratnih događaja u zemlji i aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima izvan granica zemlje;
 3. usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u tim događajima učestvovao po svom redovnom zanimanju;
 4. usled pokušaja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga;
 5. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje.
- (5) Ukoliko je ovo osiguranje zaključeno sa osiguranjem za slučaj težih bolesti, a izvršena intervencija je posledica teže bolesti za koju osiguravač isplaćuje novčanu naknadu, osiguravač isplaćuje 50% od ugovorene osigurane sume za izvedenu intervenciju, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (6) Isključene su sve obaveze osiguravača za intervencije, za koje je potreba postojala u vreme, odnosno pre zaključenja ugovora o osiguranju.
- (7) Isključene su sve obaveze osiguravača za intervencije koje nisu navedene u Tabeli, odnosno koje nisu obuhvaćene ugovorenim paketom pokrića.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

Član 9.

- (1) Obračun premije vrši se godišnje, a plaća se u ugovorenim rokovima.
- (2) Ako je zaključeno kolektivno osiguranje prema evidenciji ugovarača, početno brojno stanje osiguranika je jednako brojnom stanju zaposlenih, odnosno članova ugovarača na dan zaključenja kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ako nije drugačije ugovoreno, konačan obračun premije vrši se na kraju tekuće godine osiguranja prema prosečnom brojnom stanju osiguranika u toku godine osiguranja. Ugovarač je dužan da osiguravaču dostavi tačne i potpune podatke o brojnom stanju zaposlenih, odnosno lica uključenih u osiguranje, na kraju svakog meseca u toku godine osiguranja za koju se vrši konačan obračun premije.
- (4) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi status osiguranih lica, brojno stanje osiguranika, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 10.



- (1) Osiguranik je dužan da na obrascu osiguravača prijavi intervenciju koja je izvedena u toku trajanja osiguranja, a obuhvaćena je zaključenim ugovorom o osiguranju, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli.
- (2) Uz prijavu nastalog osiguranog slučaja osiguranik je dužan da priloži sledeću dokumentaciju:
 - overenu potvrdu ugovarača o svojstvu osiguranika – ako je zaključeno kolektivno osiguranje,
 - kompletnu medicinsku dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice važne za osiguravača pri likvidaciji štete,
 - dokaz o svojstvu člana porodice osiguranika prema članu 4, stav (8) ovih Posebnih uslova – ako je zaključeno osiguranje za članove porodice osiguranika.
- (3) Osiguravač ima pravo da na zahtev dobije podatke iz medicinske dokumentacije, odnosno izvod tih podataka, kao i kopije medicinske dokumentacije i pribavlja informacije od trećih lica, koje su od značaja za utvrđivanje obaveza po prijavljenoj intervenciji, u skladu sa zakonom.

ISPLATA NAKNADE

Član 11.

- (1) Osiguravač isplaćuje ugovorenu novčanu naknadu iz osiguranja po ovim Posebnim uslovima, u roku od 14 dana od dana kada je utvrdio postojanje i visinu svoje obaveze.

KORISNIK OSIGURANJA

Član 12.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima korisnik osiguranja je sam osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu iz ugovora o osiguranju.
- (2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, novčana naknada koja je dospela za isplatu, a ostala je neisplaćena usled smrti osiguranika, isplaćuje se zakonskim naslednicima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 13.

- (1) Sastavni deo ugovora o osiguranju čine Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovi Posebni uslovi. Ako su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa ovim Posebnim uslovima, važe ovi Posebni uslovi.
- (2) Ako se osiguranje po ovim Posebnim uslovima ugovara u kombinaciji sa osiguranjem koje obezbeđuje šire pokriće ili drugim osiguranjem, po izboru ugovarača, sastavni deo ugovora o osiguranju čine i drugi uslovi osiguravača.

Član 14.

Ovi Posebni uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača, dostupni su u pismenom obliku na svim prodajnim mestima osiguravača ili na drugi adekvatan način, stupaju na snagu i primenjuju se od 11.04.2020. godine.

Danom stupanja na snagu ovih uslova prestaju da važe Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za pakete hirurških intervencija, odnosno operacija od 01.01.2013. godine, doneti Odlukom broj OD-12/32 od 20.12.2012. godine.

